FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1909 — THÈSE — N°

POUR

# LE DOCTORAT EN MÉDECINE

*Présentée et soutenue le Mercredi 8 Décembre 1909, à 1 heure*

PAR

**Ch. BERNARD**

## CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

# L'ULCÈRE SIMPLE DE L'ŒSOPHAGE

ET SPÉCIALEMENT

## DE SON DIAGNOSTIC ET DE SON TRAITEMENT

GRACE A L'ŒSOPHAGOSCOPIE

*Président* : M. RECLUS, *professeur*

*Juges* : MM. ROGER, *professeur*
SEGOND, *professeur*
MARCEL LABBÉ, *agrégé*

PARIS
IMPRIMERIE DE LA FACULTÉ DE MEDECINE
**HENRI JOUVE, Editeur**
*15, Rue Racine, 15*

1909

# *Faculté de Médecine de Paris*

| | |
|---|---|
| LE DOYEN | M. LANDOUZY |
| PROFESSEURS | MM. |
| Anatomie | NICOLAS |
| Physiologie | Ch. RICHET |
| Physique médicale | GARIEL |
| Chimie organique et Chimie générale | GAUTIER |
| Parasitologie et Histoire naturelle médicale | BLANCHARD |
| Pathologie et Thérapeutique générales | BOUCHARD |
| Pathologie médicale | BRISSAUD<br>DEJERINE |
| Pathologie chirurgicale | LANNELONGUE |
| Anatomie pathologique | Pierre MARIE |
| Histologie | PRENANT |
| Opérations et appareils | HARTMANN |
| Pharmacologie et matière médicale | POUCHET |
| Thérapeutique | GILBERT |
| Hygiène | CHANTEMESSE |
| Médecine légale | THOINOT |
| Histoire de la médecine et de la chirurgie | CHAUFFARD |
| Pathologie expérimentale et comparée | ROGER |
| Clinique médicale | HAYEM<br>DIEULAFOY<br>DEBOVE<br>LANDOUZY |
| Maladies des enfants | HUTINEL |
| Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale | Gilbert BALLET |
| Clinique des maladies cutanées et syphilitiques | GAUCHER |
| Clinique des maladies du système nerveux | RAYMOND |
| Clinique chirurgicale | DELBET<br>QUENU<br>RECLUS<br>SEGOND |
| Clinique ophtalmologique | DE LAPERSONNE |
| Clinique des maladies des voies urinaires | ALBARRAN |
| Clinique d'accouchements | PINARD<br>BAR<br>RIBEMONT-DESSAIGNES |
| Clinique gynécologique | POZZI |
| Clinique chirurgicale infantile | KIRMISSON |
| Clinique thérapeutique | Albert ROBIN |

## Agrégés en exercice

MM.

| | | | |
|---|---|---|---|
| AUVRAY | CUNEO | LAUNOIS | NOBECOURT |
| BALTHAZARD | DEMELIN | LECENE | OMBREDANNE |
| BRANCA | DESGREZ | LEGRY | POTOCKI |
| BEZANÇON (F.) | DUVAL (P.) | LENORMANT | PROUST |
| BRINDEAU | GOSSET | LOEPER | RENON |
| BROCA (A.) | GOUGET | MACAIGNE | RICHAUD |
| BRUMPT | JEANNIN | MAILLARD | RIEFFEL |
| CARNOT | JEANSELME | MARION | SICARD |
| CASTAIGNE | JOUSSET (A.) | MORESTIN | ZIMMERN |
| CLAUDE | LABBÉ (M.) | MULON | |
| COUVELAIRE | LANGLOIS | NICLOUX | |

*Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'École a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.*

CONTRIBUTION A L'ÉTUDE

DE

# L'ULCÈRE SIMPLE DE L'OESOPHAGE

ET SPÉCIALEMENT

*DE SON DIAGNOSTIC & DE SON TRAITEMENT*

GRACE à L'ŒSOPHAGOSCOPIE

---

## INTRODUCTION

(Historique et exposition du sujet)

Sous le nom d'ulcère simple de l'œsophage nous décrirons une ulcération de ce conduit analogue à celle décrite par Cruveilhier au niveau de l'estomac.

C'est à Debove et à la thèse inspirée par lui à Berrez (1888) que remontent les premières descriptions cliniques complètes de cette affection. Avant ces travaux on peut trouver dans Valleix (1844) une observation rapportée par Bouillaud « d'une perforation de l'œsophage semblable aux perforations spontanées qu'on trouve dans l'estomac ».

Albers (1839), Vigla (1855), Reeves (1853), Flower

(1853), Port (1857), Rokitansky (1861) ont entrevu cette forme spécifique d'ulcération.

Par contre Birch-Hirschfeld (1876) considère tous ces cas comme des ulcérations cancéreuses.

Avant Debove, Quincke sous le titre de *Ulcus œsophagi ex digestione* (1879) rapporta trois observations dans lesquelles l'examen microscopique pratiqué par Langhans ne laisse aucun doute sur la nature non néoplasique des lésions.

Mais le mérite d'avoir attiré l'attention du monde médical sur l'ulcère simple de l'œsophage n'en revient pas moins à Debove ; c'est à lui que l'on doit l'introduction dans le cadre nosologique des maladies de cet ulcus qui mérite comme celui de l'estomac et du duodénum un chapitre dans la pathologie du tube digestif.

C'est à lui que l'on doit l'étude des signes cliniques permettant de dépister l'affection et d'en traiter la conséquence la plus fréquente, la sténose, par la dilatation.

Il s'agit là d'une méthode agissant en quelque sorte à l'aveugle. L'apparition de l'œsophagoscopie et les perfectionnements rapides et multiples de cette méthode ayant jeté un jour tout nouveau sur les affections de l'œsophage au point de vue diagnostic et traitement, *nous avons cherché à connaître quelles étaient les modifications qu'a pu apporter cette méthode aux idees maintenant classiques sur l'ulcère de l'œsophage* et ce sont ces modifications que nous essaierons de relater dans ce travail.

Ces modifications aux idées classiques, disons-le tout de suite, porteront sur le diagnostic que l'œsophagoscopie permet seule d'établir d'une façon irréfutable, mais surtout sur le traitement qui peut se faire sans le contrôle de la vue.

L'intérêt que nous inspire cette question nous est venu pendant les deux bonnes années passées comme externe dans le service de M. le Dr Parmentier à Tenon. Peu de semaines se sont écoulées sans que des malades porteurs d'affections œsophagiennes ne se présentent à la consultation et sans que leurs cas n'aient été discutés à fond par notre maître qui ne négligeait aucun moyen d'investigation et particulièrement l'œsophagoscopie pratiquée par M. Guisez.

D'autre part, l'observation suivante nous a montré l'année dernière l'importance d'un examen complet en matière d'affections œsophagiennes.

## OBSERVATION I

A. S..., ouvrier peintre, âgé de quarante-quatre ans, né dans l'Oise, se présente à l'Hôtel-Dieu pour être admis d'urgence, à 11 heures du soir, le 6 mars 1909.

Le malade est depuis quatre à cinq jours à Paris. Il a été

pris de frissons l'avant-veille ; il tousse et crache abondamment.

A l'examen, la peau est brûlante ; la langue sèche et rôtie. En faisant déshabiller le malade, il m'explique qu'il a subi, il y a huit mois, en province, une gastrostomie ; il se nourrit toujours par sa bouche gastrique.

L'auscultation des poumons décèle un gros souffle tubaire dans le lobe inférieur droit, mais, malgré la pneumonie, je reçois le malade en chirurgie dans la salle dont je suis chargé à Saint-Landry.

Interrogé, le malade avoue des habitudes éthyliques très marquées. Il n'a jamais souffert de ses digestions, cependant il avait des pituites matinales. Depuis plusieurs années, il avait par périodes une difficulté très grande à avaler ses aliments. Pendant ces périodes qui duraient huit à dix jours, chaque essai d'alimentation était suivi du rejet des aliments après quelques minutes d'efforts douloureux ; les aliments rejetés étaient entourés d'une abondante quantité de salive, sans jamais de sang, mais ces vomissements n'avaient pas l'acidité et l'amertume des pituites.

Le malade se mettait alors à ne prendre que des liquides, spécialement du bouillon et des tisanes.

Jamais il n'a avalé de caustique et il nie tout accident vénérien.

Au début, la douleur se montrait seulement avec les efforts de déglutition ; plus tard il existait une douleur continue transfixiante, s'irradiant de la partie moyenne du sternum vers le dos.

Huit mois auparavant, après plus de trois semaines d'ina-

nition, le malade consulta. Une gastrostomie fut pratiquée sans qu'aucun examen de l'œsophage ne fût fait.

Depuis, le malade a repris un peu de son embonpoint et ses forces en partie. Même par moments il peut avaler des liquides par la bouche, faculté dont il profite pour reprendre ses habitudes éthyliques.

D'ailleurs, il se croit condamné à une mort certaine et dans l'état de misère où il est, il lui est difficile de s'alimenter convenablement par sa bouche gastrique.

Evidemment, lors de l'intervention, le diagnostic de cancer avait été posé ; l'évolution semble en faveur d'une sténose non cancéreuse et en l'absence de commémoratifs de traumatisme ou d'absorption de caustiques on peut penser à un ulcus cicatrisé

Malheureusement du fait de sa pneumonie, le malade meurt la nuit même de son entrée avant la visite du matin.

*Autopsie.* — Foie volumineux. Foyer de pneumonie droite ; pas de lésions tuberculeuses aux sommets.

L'œsophage est rétréci de 3 centimètres au-dessus du cardia avec une très légère dilatation fusiforme au-dessus du point rétréci ; la sténose est formée par une cicatrice circulaire d'un demi-centimètre de hauteur présentant des irradiations fibrineuses vers le haut et vers le bas

Chez ce malades il est certain que l'examen de la sténose par endoscopie aurait permis un diagnostic de certitude ; la dilatation aurait pu être pratiquée sans crainte et la perméabilité de l'œsophage redevenir complète.

C'est un exemple de ce genre qui nous a montré qu'il n'était pas sans intérêt de reprendre l'étude de l'ulcère simple de l'œsophage. En reprenant cette étude le tableau clinique de Debove servira pour ainsi dire de squelette à notre travail.

Les observations publiées par M. Guisez, une autre observation personnelle et l'opinion de la plupart des personnalités médicales européennes les plus autorisées en œsophagoscopie avec lesquelles nous avons pu entrer en correspondance grâce à l'amabilité de M. le Dr Chauveau, directeur des Archives internationales d'oto-rhino-laryngologie, nous permettront de jeter quelque nouveauté sur le sujet.

Nous publierons tout d'abord les différents renseignements nouveaux que nous avons pu recueillir.

Reprenant ensuite les différents chapitres de l'étude de l'ulcère simple de l'œsophage, nous insisterons dans chacun de ces chapitres sur les aperçus nouveaux dus à ces faits.

M. le Dr Ricardo-Botey, de Barcelone, sur une centaine d'œsophagoscopies a observé une seule fois un ulcère simple de l'œsophage.

Il siégeait à 38 centimètres de la ligne dentaire.

*Malade* ancien dyspeptique qui souffrait de spasmes graves de son œsophage de temps en temps, ces spasmes duraient deux ou trois jours, puis disparaissaient peu à peu. Le ma-

lade ressentait en outre des douleurs vives au niveau de l'appendice xiphoïde.

A l'examen œsophagoscopique constatation de l'ulcère rond.

Le malade a été perdu de vue après cet examen.

M. le professeur P. Pieniazek, de Krakow, n'a pas eu l'occasion ni lui-même ni ses aides d'observer d'ulcère simple de l'œsophage.

Il a observé des hystériques ayant des symptômes de sténose œsophagienne chez lesquelles existait peut-être une ulcération, mais, en raison de l'état nerveux du sujet, il n'a pratiqué que la dilatation suivie de guérison sans recourir à l'œsophagoscopie.

M. le professeur Killiau, de Fribourg, n'a aucune observation d'ulcus simple de l'œsophage à communiquer.

M. Svandenvildenberg, d'Anvers, n'a aucune observation.

M. le Dr Sargnon, de Lyon, sur 150 œsophagoscopies, n'a observé aucun cas d'ulcère peptique.

*Un malade* qui a guéri par la dilatation simple présentait des signes cliniques en faveur du diagnostic d'ulcus, mais il refusa l'examen œsophagoscopique.

Ulcération chronique non néoplasique de nature indéterminée.

M. Guisez, de Paris, a communiqué à la Société médicale des Hôpitaux de Paris (21 mai 1909) 4 cas

de sténose consécutives à un ulcère simple de l'œsophage.

## OBSERVATION II

*Rétrécissement cicatriciel consécutif à ulcère. Œsophagoscopie. — Guérison.*

Mme R..., âgée de cinquante-cinq ans, nous est adressée en janvier dernier par le professeur Chauffard et par le Dr Radiguet pour des troubles dysphagiques datant d'un an et demi.

La malade a ressenti les premières atteintes de son mal à l'occasion d'aliments avalés un peu rapidement et mal mastiqués, elle s'est aperçue qu'ils ne passaient pas et qu'il lui était impossible de continuer son repas. La malade a maigri beaucoup dans ces derniers mois, la gêne a augmenté, elle ressent des douleurs au creux de l'estomac et elle sent que ses aliments passent de plus en plus difficilement.

Le Dr Radiguet a mis sa malade aux liquides, lait, bouillons, œufs, purées, et l'embonpoint est un peu revenu ; dans ces derniers temps, elle a vu le professeur Chauffard qui nous l'envoie pour un examen œsophagoscopique.

Etant donné l'âge de la malade, les phénomènes relativement récents à marche progressive qu'elle accuse, étant donné les régurgitations et la salivation continuelle auxquelles elle est en proie, on est en droit de penser sérieusement à un cancer de l'estomac.

La malade a tout un passé de dyspeptique, elle a souffert beaucoup il y a dix-huit ou vingt ans de troubles gastriques, elle a été soignée par le Dr Cheurlot et par le professeur Dieulafoy pour de l'hyperchlorydrie, on lui a administré à cette époque des paquets de bicarbonate de soude. Il y a dix ans dans le but de se faire maigrir, elle a pris des boissons astringentes, vinaigre, etc..., qui lui ont redoublé les douleurs gastriques. Jamais à aucun moment elle n'a eu d'hématémèse.

*Examen œsophagoscopique fait à notre clinique le 8 janvier sous chloroforme avec l'assistance du Dr Radiguet.* — Nous constatons les lésions suivantes : il existe une dilatation moyenne de 400 à 500 grammes, puis un rétrécissement qui est déterminé au voisinage du cardia par la présence d'une cicatrice qui occupe toute la portion postérieure et qui est légèrement saignante à son centre ; il semble qu'il s'agisse là d'une ancienne ulcération qui n'est pas ulcération complètement cicatrisée. L'œsophage est en état de spasme et le cardia nous paraît exactement fermé.

Séance tenante, nous faisons de la dilatation. Des bougies de calibre de plus en plus gros sont introduites dans l'œsophage ; nous arrivons ainsi, du n° 9 qu'admettait le rétrécissement, au n° 22 de la filière ordinaire.

Les bougies sont serrées et donnent l'impression de dilater un rétrécissement cicatriciel. La dilatation œsophagienne faite ensuite tous les cinq jours sans œsophagoscopie amène l'œsophage au n° 26 de la filière ordinaire. Les bougies sont serrées à chaque dilatation.

Les résultats immédiats sont excellents : la malade, qui ne

pouvait pas manger de solides, peut avaler maintenant du poisson, des légumes ; elle augmente de poids.

Néanmoins, comme elle présente une perte de forces de plus en plus marquée, nous décidons de refaire un nouvel examen œsophagoscopique le 11 février. Nous constatons que l'aspect est le même que la première fois ; le cardia est plus perméable et nous ne trouvons pas d'ulcération ; nous prenons quelques petits fragments avec la pince et nous en faisons faire un examen histologique par le Dr Deglos. Celui-ci confirme en tous points notre diagnostic clinique et il nous dit qu'il s'agit, dans les parcelles que nous lui avons remises à examiner, d'un épithélium pavimenteux stratifié recouvrant du tissu scléreux sans pénétration de globes épidermiques dans la profondeur. Il élimine dans les notes qu'il nous remet toute idée de cancer.

Nouvelle consultation avec le Dr Chauffard le 21 mars, parce que la malade accuse un point douloureux dans l'hypocondre droit et l'on se méfie d'une tumeur du foie. Il s'agit en réalité d'un rein mobile douloureux, et le Dr Chauffard constate que l'état général de la malade est bien meilleur, sa déglutitition s'effectue beaucoup plus facilement ; nous continuons la dilatation et actuellement nous arrivons au no 33 de la filière ordinaire.

Nous faisons trois injections de 2 centimètres cubes de thiosynamine à deux jours d'intervalle.

Nous pouvons après elles augmenter la dilatation et l'amener au no 36 de la filière ordinaire.

La dilatation est continuée avec des bougies électrolytiques de Bergonié.

L'état général est tout à fait bon, la malade a repris son embonpoint et sa santé. Elle peut manger tous les aliments solides.

## OBSERVATION III

*Rétrécissement cicatriciel chez une femme âgée dû probablement à un ulcère*

Mlle B..., âgée de soixante-cinq ans, demeurant à Asnières, nous est envoyée par le Dr Jousset pour de la gêne à avaler ; et, de fait, depuis huit à dix jours, la sténose est devenue à peu près complète, les liquides ne passent plus que par petites cuillerées, elle est dans un état d'émaciation extrême ; comme elle est âgée de soixante-cinq ans, on soupçonne un cancer.

Cependant, elle nous dit qu'il y a au moins douze ans qu'elle avale mal. Elle attribue ces troubles de la déglutition *à des brûlures occasionnées par de la créosote qu'elle aurait pris sous forme de pilules.* C'est quelques mois après l'absorption de cette créosote que les symptômes de sténose auraient fait leur apparition. Elle aurait senti à ce moment une sorte de brûlure dans toute la région œsophagienne au moment de l'absorption de pilules de créosote qui lui auraient été données avec excès. La malade a consulté en août 1902 le Dr Fort, qui conclut à un cancer et déclara qu'il n'y avait pas d'opération possible.

A la suite de quelques hématémèses hémoptyses qui au-

raient fait faire le diagnostic de tuberculose pulmonaire, la malade a eu de la gêne à la déglutition, aussi bien pour les liquides que pour les solides. Néanmoins, depuis trois ans, la difficulté était beaucoup plus marquée pour les solides, et depuis cette époque la malade ne peut s'alimenter que de liquides. Elle a eu, du reste, depuis trois semaines des arrêts complets dans l'ingestion des aliments et elle reste souvent plusieurs heures sans pouvoir avaler la plus petite goutte de liquide. Elle a eu des vomissements au début de son affection, mais, depuis dix ans, elle ne se rappelle pas avoir vomi De temps à autre, cependant, lorsqu'elle veut avaler trop de liquide à la fois, elle a des régurgitations, mais sans vomissements véritables. Tous ces symptômes ont amené un amaigrissement très accentué ; cependant le facies est bon et les couleurs sont conservées. Dans ces derniers temps, elle restait des jours entiers sans rien prendre et ne calmait la soif et la faim qui la dévoraient que par du sirop d'éther et de morphine.

*Examen œsophagoscopique.* — L'examen œsophagoscopique est très facile à cause de l'absence de dents chez cette malade. Nous employons un tube de 12 millimètres de diamètre et 40 centimètres de longueur.

Il existe une poche de dilatation assez grande dans la partie moyenne et inférieure de l'œsophage, que nous vidons à l'aide d'une pompe. Plus bas, il existe une véritable sténose qui ferme l'œsophage et qui ne laisse qu'un petit pertuis légèrement cicatriciel, d'un pourtour régulier, rejeté à gauche et qui semble taillé à l'emporte-pièce. Il existe une véritable valvule ne laissant que ce tout petit pertuis.

Le traitement a consisté ici tout d'abord en un peu de dilatation, puis en incisions superficielles à l'aide de l'œsophagotome. Nouvelle séance œsophagoscopique, le 23 février 1909, en présence du Dr Jousset, nous montrant que la sténose est très élargie et présente actuellement les dimensions d'un demi-centimètre dans tous les sens. La malade peut du reste s'alimenter suffisamment, elle avale des potages, des œufs très facilement.

A l'aide de bougies filiformes, nous montons jusqu'au n° 30 de la filière ordinaire, et à la suite de nouvelles séances, pendant lesquelles nous faisons de l'électrolyse circulaire, nous ramenons son œsophage au calibre n° 36, et actuellement la malade s'alimente très suffisamment.

Néanmoins, elle conserve un mauvais estomac, mais il s'agit là de troubles stomacaux qui semblent du reste avoir coïncidé avec le début des accidents. Il est assez difficile dans ce cas de faire un diagnostic étiologique. Cependant, d'après l'aspect de l'œsophage, le siège, le caractère superficiel de l'ulcération, ce fait qu'au début de l'accident il semble y avoir eu nettement des phénomènes gastriques, on est en droit de supposer que cette malade a eu à un moment donné un ulcère simple de l'œsophage. Il semble que les crachements de sang qui ont laissé croire à de la tuberculose ont bien pu être attribués à un ulcère qui saignait à certains moments.

Il semble donc qu'il s'agit chez elle d'un *rétrécissement cicatriciel* consécutif à un ulcère simple de l'estomac.

## OBSERVATION IV

*Rétrécissement cicatriciel au niveau du cardia, de nature spontanée, dû vraisemblablement à un ulcère simple de l'œsophage.*

Mme L..., demeurant 14, rue Saint-Séverin, âgée de trente-cinq ans, nous est adressée par le Dr Chabry, à qui elle a été envoyée par le Dr Mazery, pour un examen de l'œsophage aux rayons X. Celui-ci a bien constaté par le bismuth un obstacle au niveau du cardia, mais il n'en peut préciser la nature.

La malade, lorsque nous la voyons, ne peut plus avaler aucun aliment solide ni même liquide depuis trois jours. Elle est dans un état d'émaciation très accentué. Elle attribue cette recrudescence de gêne à la déglutition, il y a trois jours, d'un morceau de viande mal mastiqué.

En effet, depuis quatre ans, cette malade avale difficilement ; elle s'est aperçue tout d'abord que les aliments solides passaient mal, puis les aliments liquides. Elle était obligée de bien mastiquer ses aliments ; de temps à autre survenaient des vomissements une demi-heure ou une heure après l'ingestion des aliments, et elle avait constamment dans la journée des régurgitations.

Elle n'a point le souvenir d'avoir avalé aucun caustique ni dans sa jeunesse, ni dans son enfance. Dans son passé pathologique, on ne trouve que des phénomènes de gastralgie douloureux d'il y a quatre ans ou quatre ans et demi. Il semble que la date du rétrécissement dont elle se plaint ait coïncidé avec la fin de ses douleurs gastriques.

La malade est très amaigrie, ses joues sont creuses, elle a perdu 10 à 12 kilogrammes dans ces derniers mois. Comme elle allaite un bébé de six mois, la situation est particulièrement grave.

*Examen œsophagoscopique fait le 10 janvier 1909. Cocaïnisation du pharynx, de la bouche et de l'entrée de l'œsophage.* — Au moment de la cocaïnisation, la malade rend une certaine quantité de liquide qu'elle reconnaît être l'eau de Vichy qu'elle a essayé d'avaler le matin, deux heures avant de venir à la clinique, et qui, comme on le voit, n'a même pas pu passer.

Nous employons un tube de 11 millimètres de diamètre et de 35 centimètres de long. L'examen est fait en position de Rose. L'introduction à l'orifice supérieur est très facile ; nous constatons qu'il existe une poche dans l'œsophage qui est remplie de liquide avec débris d'aliments, et nous voyons nettement *au niveau de l'orifice cardiaque* une bouchée de viande qui obstrue complètement le passage. Avec une pince, nous l'enlevons séance tenante, et nous voyons alors qu'il existe au niveau du cardia une sorte de rétrécissement très marqué ; nous croyons voir, mais sans pouvoir en être sûr une sorte de petit os qui fait saillie sur l'une des parois de l'œsophage: La paroi postérieure de l'œsophage est tout entière envahie par une cicatrice blanche, grisâtre, épaisse, qui immobilise la paroi. Nous pouvons immédiatement, ayant reconnu la situation du pertuis excentrique, y passer des bougies de plus en plus grosses, dilater l'œsophage et l'amener à un calibre du n° 30 de la filière ordinaire.

Dans plusieurs séances ultérieures de dilatation, faites sans le concours de l'œsophagoscope, nous avons pu ramener

l'œsophage chez cette malade aux nos 33, 36. L'alimentation est redevenue de ce fait tout à fait normale, et l'embonpoint et les forces n'ont pas tardé à réapparaître.

Quelle est la cause du rétrécissement cicatriciel observé chez cette malade ?

Nous ne croyons pas que l'on doive accorder une grande valeur à la constatation du petit bout osseux qui existait vraisemblablement avec les débris de viande et qui, à notre sens, n'a pu jouer un grand rôle dans la pathogénie de l'ulcération et consécutivement de la cicatrice. Nous croyons plutôt, étant donné le siège du rétrécissement cicatriciel, étant donné sa forme, étant donné le passé gastrique de la malade, qu'il faille penser à un ulcère simple du cardia qui a amené ensuite chez cette malade la cicatrice qui a bouché l'œsophage.

C'est l'œsophagoscope qui a permis en somme de fixer le diagnostic de rétrécissement cicatriciel et d'en laisser supposer la cause. On ne relève du reste chez elle ni syphilis, ni tuberculose, ni aucune autre cause de rétrécissement, ni ingestion de liquides caustiques ou trop chauds.

## OBSERVATION V

*Rétrécissement cicatriciel consecutif à un ulcère simple de l'œsophage. — Diagnostic et guérison par l'œsophagoscopie.*

Miss B..., demeurant à Bayeux, vient à nous sur la recommandation d'une de ses amies à la lecture d'un compte rendu d'une communication faite par nous à l'Académie de médecine en 1909.

Elle se plaint de difficulté à avaler et de rester souvent pendant des heures entières au moment des repas sans pouvoir avaler aucun aliment. Ces troubles de la déglutition datent d'il y a dix ans.

Un peu auparavant, elle a été soignée, dit-elle, par le Dr Kodorowsky, de Bayeux, pour des troubles gastralgiques. Elle ressentait à ce moment des douleurs très vives au creux de l'estomac et dans le dos entre les deux épaules ; elle a eu à cette époque des hématémèses qui se sont reproduites à plusieurs reprises. La malade a toujours souffert dans cette région depuis cette époque.

Elle ressent, dit-elle, des brûlures au creux de l'estomac ; mais ce qui la gêne le plus, c'est une difficulté à avaler les choses un peu dures et mal mâchées. Il lui est impossible d'avaler les pilules et les cachets. Dans ces derniers temps, la difficulté a augmenté, et quand les aliments s'accumulent, la malade a dés vomissements. Ensuite, elle peut de nouveau s'alimenter lorsqu'elle a vidé son œsophage.

Elle se plaint aussi de vomissements glaireux et sanguinolents survenant à certaines périodes. Devant une dysphagie croissante, la malade est allée à Caen se faire dilater plusieurs fois par le Dr Gaillet, qui, à trois reprises différentes, en février dernier, lui a passé des bougies olivaires, commençant au petit calibre et aux petits numéros pour passer ensuite aux numéros un peu plus gros. Elle a été dilatée trois fois en l'espace de trois semaines. Chaque fois qu'on la dilatait, elle ressentait de très vives douleurs dans le dos et au creux épigastrique.

L'examen radiographique fait par notre collègue le Dr Aubourg, le 18 mars 1909, montre l'existence d'une poche fusi-

forme, sise un peu au-dessus du cardia. Examen œsophagoscopique fait le 11 mars avec un tube de 11 millimètres et de centimètres sous cocaïnisation dans la position couchée tête déclive.

Il existe un rétrécissement cicatriciel tout à fait en bas, à 2 ou 3 centimètres au-dessus du cardia, rétrécissement d'aspect tout à fait cicatriel, avec infiltration sur la paroi postérieure de l'œsophage remontant à 4 ou 5 centimètres au-dessus du cardia.

L'œsophage est moyennement dilaté, présente une dilatation fusiforme au-dessus même du rétrécissement ; il existe dans cette poche du mucus, du lait caillé et quelques débris alimentaires. Après l'inspection de la poche et reconnaissance du pertuis, nous pouvons passer des bougies de plus en plus grosses, dilater l'œsophage et l'amener à un calibre en somme très suffisant, c'est-à-dire au n° 25 de la filière ordinaire. Après cette dilatation, survint une légère hémorragie ; nouvelle dilatation le 19 février ; nous pouvons amener cette fois le calibre de l'œsophage au n° 28 de la filière ordinaire ; la déglutition peut alors s'effectuer beaucoup mieux et la malade peut avaler de tout, solides et liquides.

Trois injections de thiosynamine à 15 o/o faites à deux jours d'intervalles. Deux nouvelles dilatations permettent d'amener l'œsophage au calibre n° 33.

L'alimentation est tout à fait normale.

## OBSERVATION VI (Personnelle)

C..., ouvrier agricole, âgé de quarante-deux ans, vu par nous pendant un séjour à la campagne.

Alcoolique évident ; présentant des cauchemars avec zoopsie, du tremblement des doigts, des crampes dans les mollets et des absences de courte durée avec pâleur de la face et hébétement.

Pas de syphilis ni de tuberculose décelables.

Depuis trois ou quatre ans se trouve au moment des moissons pris de spasme grave de l'œsophage avec douleurs transfixantes empêchant pendant quatre ou cinq jours toute alimentation.

A chacune de ces crises son médecin lui conseille le repos et une modification complète du régime.

En septembre 1909 quand nous voyons le malade il ne peut plus rien absorber depuis une quinzaine de jours. Il a essayé quelques jours avant cette nouvelle crise d'une spécialité pharmaceutique à base d'HCl qui a réveillé des douleurs plus vives encore.

Le malade est très amaigri ; avec une haleine fétide, un état saburral très marqué de la langue, il a par moment du hoquet.

Cette année en présence de la durée des symptômes et de leur gravité plus grande on a porté le diagnostic de cancer.

Cependant à cause des crises précédentes remontant à plusieurs années nous n'osons pas être aussi affirmatifs. Au contraire le pronostic nous paraît vraisemblablement moins

sombre. Pour attendre l'arrivée des instruments permettant l'examen direct de l'œsophage nous conseillons des lavages de la bouche à l'eau oxygénée au huitième et des lavements à garder de sérum physiologique. Contre la douleur et le spasme l'absorption quatre fois par jour d'une cuillerée à soupe contenant chaque fois 1 centigramme de chlorhydrate de cocaïne.

Quelques jours après, le malade nous apprend qu'il a pu avaler plus facilement ; aussi est-ce à grande peine que nous obtenons de pratiquer l'examen œsophagoscopique. L'absence de dents à l'arcade supérieure rend l'opération facile et à 36 centimètres des dents je constate que l'œsophage est contracté. Nous trouvons à ce niveau sur la paroi droite une ulcération linéaire de 1 centimètre de long à bords à pic.

Après cet examen le malade apprend lui-même à se sonder avec des sondes à diamètre progressivement croissant.

L'état général s'améliore. A l'heure actuelle ayant fait serment de tempérance le malade peut s'alimenter sans sonde mais seuls les liquides et demi-solides passent facilement.

Une série de dilatations méthodiques sera nécessaire et le régime aidant assurera certainement la guérison.

## ANATOMIE PATHOLOGIQUE

L'ulcère siège en général à la partie inférieure du canal à 3 ou 4 centimètres du cardia. Achard a signalé un cas d'ulcère siégeant vers la partie moyenne de l'œsophage. Hayem propose de différencier les ulcérations assez fréquentes des éthyliques à siège très voisin du cardia de l'ulcère de Debove qui en est toujours assez distant. Cependant si l'on veut bien se reporter aux observations publiées par Debove on verra que le plus souvent l'ulcus siège au voisinage du cardia. Notamment dans l'observation II de la thèse de Berrez le diagnostic porté cliniquement était : *rétrécissement infranchissable de la partie supérieure de l'œsophage* et à l'autopsie les lésions représentées sur une planche annexée à la thèse consistaient en un ulcère perforé de l'estomac et en *une cicatrice circulaire siégeant à 5 centimètres au-dessus du cardia !*

Dans les quatre observations de Guisez que nous publions, la sténose cicatricielle consécutive à l'ulcère est bas située, de même dans l'observation de Botey.

De même dans les deux observations recueillies par nous.

Ordinairement l'ulcération est unique. Cassel en a

signalé de multiples : à côté d'ulcérations anciennes on peut en retrouver de récentes.

La coexistence de l'ulcère de l'œsophage et de celui de l'estomac a été observée ; en rappelant les différentes théories pathogéniques nous reviendrons sur ce fait.

L'ulcération présente des dimensions variables. Souvent arrondie et ovalaire elle n'occupe qu'une des faces du conduit ; parfois même analogue à l'*ulceratio simplex* décrite par Dieulafoy au niveau de l'estomac il existe une perte de substance comparable à un coup d'ongle. L'observation personnelle que nous relatons a trait à un fait de ce genre et à l'examen œsophagoscopique, la lésion était comme cachée dans un pli de la muqueuse.

Mais elle peut atteindre plusieurs centimètres et même occuper toute la circonférence du conduit sur une hauteur de 8 centimètres.

On peut se demander avec Berrez s'il ne s'agit pas là de la confluence de plusieurs ulcérations.

La lésion peut être plus ou moins profonde et atteint, suivant les cas, la muqueuse, la cellulo-fibreuse, la musculeuse. Les bords sont nettement taillés à pic, coupés comme à l'emporte-pièce.

L'évolution de l'ulcère simple de l'œsophage est identique à celle de l'ulcère gastrique : il peut se cicatriser ou se perforer.

La cicatrisation qui est fréquente peut aboutir à une guérison complète ou incomplète. Dans le premier cas seules les couches les plus superficielles de

l'organe ont été intéressées et la lésion se répare sans laisser aucun trouble fonctionnel. Ce fait est rare.

Le plus souvent l'ulcération se cicatrise en créant une sténose du conduit ; le tissu inodulaire réparateur réduit progressivement le calibre de l'œsophage, la cicatrice envoyant quelques irradiations fibreuses vers la partie supérieure et inférieure de la muqueuse.

Cependant il reste un léger pertuis perméable ; la dysphagie complète doit être sous la dépendance d'un élément spasmodique important qui ainsi que l'a montré Behier se surajoute même aux lésions néoplasiques ; mais elle tient surtout à ce que la cicatrice occupant une portion assez large des parois œsophagiennes le pertuis est excentrique et comme rejeté vers l'une des parois de l'œsophage. C'est un point qu'établissent bien les observations œsophagoscopiques de M. Guisez et spécialement celle dont la figure est ci-dessous.

Au-dessus du point sténosé l'œsophage se dilate ;

Cette dilatation atteint un volume tout à fait différent suivant la longueur de l'évolution de la maladie. Le plus souvent elle atteint à peine une capacité de 200 à 300 centimètres cubes ; dans un cas de M. Guisez elle atteint 500 centimètres cubes, l'évolution à été tout à fait lente.

La muqueuse au-dessus du point sténosé est tout à fait saine ; il faut signaler comme modification à la structure des tuniques œsophagiennes l'hypertrophie de la tunique musculaire signalée par Langhans dans un des cas de Quincke.

Berrez signale en outre la possibilité de l'ulcération ou même de la rupture des cicatrices. Dans les cas de Guisez que nous rapportons la cicatrice avait ce caractère particulier d'être assez souple, mais de saigner facilement : ce qui constitue une vérification faite *de visu* de l'assertion de Berrez.

La perforation de l'ulcère de l'œsophage n'est pas rare : Berrez en a 6 cas sur les 15 observations rapportées.

Dans l'article de Michel dans le *Dechambre* (1883), où l'ulcère simple de l'œsophage n'existe pas comme entité morbide, on peut cependant relever 2 cas de perforations spontanées de l'œsophage, les deux cas portant sur des ivrognes qui, certainement, sont des cas d'ulcère simple.

Cette perforation peut s'effectuer dans le tissu conjonctif péri-œsophagien, mais le plus souvent c'est dans la plèvre que l'ouverture se fait. Plus exceptionnellement dans le péricarde la trachée ou l'aorte.

## ETIOLOGIE ET PATHOGÉNIE

L'ulcère simple de l'œsophage est une affection rare. On a pu jusqu'à ce jour en compter facilement les observations.

En se reportant aux réponses que nous avons publiées on peut voir que l'opinion de tous ceux qui ont pratiqué un grand nombre d'examens œsophagoscopiques corrobore cette assertion classique.

La rareté de cette affection restreint évidemment les renseignements étiologiques que l'on peut fournir sur la question.

On peut l'observer chez l'enfant ; mais c'est surtout après quarante ans que l'ulcère de l'œsophage s'observe. Les nouvelles observations que nous rapportons ne modifient pas sur ce point les idées classiques.

Pour Berrez il est plus fréquent chez l'homme ; en effet sur les 15 observations qu'il relate 5 se rapportent au sexe féminin.

A ce point de vue nos observations semblent montrer qu'il n'y a vraiment pas de différence entre les deux sexes ; *les 4 cas de Guisez ont rapport au sexe féminin.*

Debove insistait sur la coexistence fréquente de

l'alcoolisme ; dans les deux observations personnelles que nous relatons, c'est un facteur important; quant aux lésions des reins, du cœur et des vaisseaux que signalait Berrez et qui avaient été constatées à l'autopsie, on peut difficilement les chercher dans les observations cliniques que nous publions. Il n'est jamais fait mention de signes cliniques d'affections cardiaques ou rénales, mais l'absence de mention tient à ce fait que les malades ont généralement été vus à des consultations et avec des symptômes attirant trop particulièrement l'attention vers l'œsophage pour qu'un examen très complet du malade ait été pratiqué.

Il est un facteur que l'on peut relever dans deux observations de Guisez qui n'y insiste d'ailleurs pas ainsi que dans notre observation personnelle, c'est l'absorption de médicaments ou d'aliments acides comme du vinaigre.

Dans un cas il s'agit de pilules de créosote, dans l'autre de solution pharmaceutique d'HCl. Les autres observations ne relatent rien dans ce sens. Mais il est probable qu'au niveau de l'œsophage peut-être encore plus qu'au niveau de l'estomac l'absorption de certains médicaments agit en somme d'une façon analogue à l'absorption d'un caustique dilué.

A propos de la pathogénie de l'ulcère de l'œsophage il faudrait rapporter les différentes théories émises à propos de l'ulcère gastrique. N'étant pas plus que nos devanciers en mesure d'établir une théorie certaine pour expliquer l'ulcus œsophagien nous

nous contenterons d'insister seulement sur la théorie de Quincke.

Dans son mémoire il attribue l'ulcère de la partie inférieure de l'œsophage aux sucs digestifs qui auraient sans doute pu remonter jusque dans ce conduit et il consacre son idée pathogénique par la dénomination d'*ulcus ex digestione*. Du même coup se trouve expliquée la rareté de la maladie attendu que le suc gastrique ne pénétrerait que par exception dans l'œsophage.

Debove s'est élevé puissamment contre cette théorie en faisant remarquer que lorsque les ulcérations siègent au cardia ou dans son voisinage immédiat on comprend que le suc gastrique puisse avoir un rôle dans leur production, mais lorsqu'elles siègent plus haut il paraît difficile d'admettre l'action des sucs gastriques ; ceux-ci ne peuvent remonter dans l'œsophage et le corroder à une distance de 5 centimètres du cardia.

A cette argumentation de Debove il semble que quelques réserves peuvent être apportées.

L'affection qui nous occupe, d'après Debove lui-même, est fréquente chez les alcooliques et nous avons deux cas ayant trait à des éthyliques. Or chez ces malades les vomissements sont fréquents qui permettent le passage dans toute la hauteur de l'œsophage des sucs gastriques. En outre, dans les observations que nous avons relatées, il y a plusieurs malades nettement dyspeptiques ; il paraît difficile de ne pas laisser une

certaine part à l'acidité des sucs digestifs dans la production de l'ulcus de l'œsophage.

Permettons-nous de rappeler encore l'action possible de l'absorption de certains médicaments :

*Alcool, sucs gastriques, médicaments ayant une action qui, en somme, reprôduit avec une allure plus lente, avec une marche chronique ce que produisent brutalement les liquides brûlants et les caustiques.*

## SYMPTOMES

« Les maladies de l'œsophage sont en général assez mal connues ; elles ne se révèlent guère que par un petit nombre de symptômes et en conséquence échappent aux moyens d'investigation ordinaire. »

Il semble que cette assertion de Damaschino dans son *Traité des maladies des voies digestives* ne soit plus en rapport avec l'état de nos connaissances.

En effet du fait de son rôle dans la déglutition du bol alimentaire l'œsophage présente à l'état pathologique une série de symptômes particuliers qui, pour peu qu'il veuille y penser, attire spécialement l'attention du clinicien.

En ce qui concerne spécialement l'ulcère de l'œsophage depuis Debove il est classique d'étudier les symptômes au cours de deux périodes : la période d'ulcération et la période de sténose.

Le début de l'ulcère de l'œsophage est très difficile à préciser et généralement peu indiqué dans les observations : souvent il est marqué par des troubles digestifs légers sans caractère spécial. Parfois il s'agit de malade ayant presque toujours souffert dans la région épigastrique à l'occasion de l'alimentation ; il est impossible de reconnaître rétrospectivement si ces douleurs étaient liées à une véritable

affection de l'estomac ou si elles étaient les premières manifestations de la maladie.

Dans certains cas c'est sans préludes qu'apparaissent les symptômes fondamentaux de l'ulcus : douleurs, dysphagie, vomissements et hématémèses.

Dans une observation de Guisez la malade attribue nettement le début de la dysphagie et des douleurs à l'absorption de pilules de créosote ; dans le cas personnel que nous relatons la première crise de dysphagie survient après une période d'excès alcooliques.

La douleur occupe le creux épigastrique ou la partie supérieure de la poitrine ; il n'y a pas de rapport entre le siège de la douleur et le siège de l'ulcère ; souvent elle s'accompagne d'irradiations entre les deux épaules, au-dessus du mamelon, vers les hypocondres et retentit dans le rachis au niveau des dernières vertèbres dorsales ou des premières vertèbres lombaires.

Elle est peut-être très légère simplement provoquée par le passage des aliments solides ; nulle quand le malade ne prend que des liquides.

D'autres fois elle est continue et alors l'ingestion des aliments ou des boissons l'augmente.

Cette douleur survient par crises ; la diète complète la fait disparaître.

A cette douleur s'ajoute une dysphagie plus ou moins grande qui s'accentue progressivement ; cette dysphagie est pour Debove sous la dépendance de la douleur ; elle se manifeste d'abord pour les ali-

ments solides, puis ensuite pour les liquides eux-mêmes. Dans certains cas à cette période d'ulcération probablement sous l'influence du spasme réflexe il y a dysphagie complète pour les solides et les liquides en même temps ; tel est le cas de la malade de l'observation II de Guisez qui n'eut que quelque temps après le début des symptômes une facilité plus grande pour déglutir les liquides.

Notre malade gastrostomisé ainsi que celui dont nous rapportons l'examen œsophagoscopique avait eu à plusieurs reprises des crises durant quelques jours pendant lesquelles aucun aliment ni solide ni liquide ne passait.

Nous croyons qu'il est intéressant d'insister sur ce début à forme spasmodique car en pathologie œsophagienne comme ailleurs bien des cas considérés comme purement névropathiques ne doivent être que la réaction d'un organisme nerveux à une lésion véritable.

Le professeur Peniazek de Krakow dans la réponse qu'il a bien voulu nous envoyer et que nous avons résumée nous dit avoir observé des hystériques qu'il a guéries de symptômes de sténose œsophagienne par la dilatation simple chez lesquelles existait peut-être une ulcération.

Sans avoir en aucune façon la prétention de trancher la question il nous semble utile de la soulever afin que par des examens endoscopiques systématiques la question puisse être élucidée.

La conséquence immédiate de la dysphagie est

le vomissement qui se fait plus ou moins rapidement suivant le siège de la lésion mais qui n'est jamais très abondant car à cette période la capacité de l'œsophage n'est pas augmentée.

Ces vomissements incessants, l'impossibilité pour le malade de garder le moindre aliment amène rapidement un état de dénutrition extrême. Les malades selon l'expression pittoresque rapportée par Berrez « meurent de faim dans la terre de l'abondance. »

Pendant ces périodes de dysphagie il faut noter comme facteur important du mauvais état général la déshydratation de l'organisme qui se traduit par une rapide chute du poids, l'abaissement du taux journalier des urines et une sécheresse de la peau qui se laisse facilement pincer.

Dans une de nos observations ces symptômes s'amendèrent assez rapidement sous l'influence de lavements de sérum.

C'est là un point sur lequel nous reviendrons à l'occasion des symptômes de la période de sténose et en parlant du traitement.

Les vomissements alimentaires ne sont pas les seuls ; on observe en outre des hématémèses. C'est là, d'après Debove, un sympôme habituel de l'ulcère de l'œsophage. Le sang est rendu pur ou mêlé aux aliments ; il est liquide rouge ou rouge brun. Il peut être l'origine de mélœna lorsqu'il passe dans l'estomac.

Ces hématémèses nous les retrouvons dans la plu-

part de nos observations ; mais rarement il y a des hématémèses très abondantes ; le plus souvent il s'agit de filets de sang mêlés aux aliments rejetés.

Parfois l'hématémèse simule une hémoptysie et fait poser le diagnostic de tuberculose pulmonaire (cas de Guisez).

La marche de la maladie est irrégulière ; quelquefois rapide, elle est ordinairement lente (2 malade Guisez ayant des troubles depuis douze ans). La marche de l'ulcus se faisant par des alternatives d'aggravation ou d'amélioration plus ou moins marquées.

Au bout d'un temps variable, la guérison complète peut survenir ; mais cette guérison sera le plus souvent la conséquence d'une thérapeutique éclairée.

D'autrefois une complication emporte le malade ; soit complication locale, hémorragie rarement, perforation plus souvent amenant la gangrène pulmonaire ou une pleurésie purulente ; soit complication générale, l'état du malade le mettant en état de moindre résistance aux infections.

La cicatrisation de l'ulcus œsophagien non traité aboutit le plus souvent *au rétrécissement*.

A ce moment, la dysphagie cesse d'être liée à la douleur, elle est purement mécanique. Cette dysphagie a une marche progressive. Les solides ne passent pas et les malades ont la sensation très nette d'un arrêt à un point déterminé. Ces sensations étant d'ailleurs souvent trompeuses, si l'on veut en

tenir compte pour reconnaître le siège de la sténose.

Le malade mastique avec soin les aliments, absorbe à chaque bouchée un peu de liquide et fait des efforts pénibles pour que les aliments franchissent l'obstacle ; ces efforts sont en général inutiles.

Parfois, ils sont suivis d'accès de suffocation ; presque toujours ils sont suivis du rejet des aliments. Ces pseudo-vomissements des œsophagiens sont constitués par des aliments non digérés n'ayant pas subi l'influence du suc gastrique.

Ces vomissements peuvent être plus tardifs ; c'est alors qu'il existe une rétro-dilatation. Cette dilatation, d'après les observations de Guisez, est peu considérable. Une seule de ses malades gardait quelques heures des aliments dont le rejet la soulageait.

C'est dans ce cas de sténose que les symptômes généraux que nous avons indiqués à la période d'ulcération prennent leur acuité la plus grande ; le malade en proie à une faim et à une soif extrême s'amaigrit et se cachectise.

Parfois même, il se refuse à essayer de s'alimenter ; une malade de Guisey restait des jours entiers sans rien prendre, ne calmant la faim et la soif qui la dévoraient que par de la morphine.

A l'examen de pareils malades, le phénomène le plus apparent est l'amaigrissement extrême et l'état déshydratation de l'organisme.

L'estomac semble rétracté ; il est classique de rechercher une diminution de hauteur de la matité hé-

patique, mais la plupart des observations sont muettes à ce sujet ; chez le malade que nous avons examiné on trouvait un gros foie que pouvaient expliquer les habitudes éthyliques du sujet.

Par les manifestations cliniques que nous venons de voir, la sténose de l'ulcus œsophagien se rapproche des sténoses cicatricielles.

Au diagnostic, nous verrons sur quels signes cliniques on peut se baser pour penser à l'ulcus et comment l'œsophagoscopie seule peut donner une certitude.

Quoi qu'il en soit, le rétrécissement de l'œsophage consécutif à l'ulcus, comme les autres rétrécissements, aboutit fatalement à la mort par inanition.

## DIAGNOSTIC

« La question toujours délicate du diagnostic est ici particulièrement difficile à résoudre. De tous les symptômes fonctionnels auxquels l'ulcère simple de l'œsophage donne lieu, il n'en est aucun de pathognomonique et *les signes physiques échappent à l'observation directe* » dit Berrez.

La pratique de l'œsophagoscopie modifie singulièrement cette manière de voir. L'examen endoscopique permet de constater directement la lésion.

Il serait donc logique de ne pas répéter l'ensemble des signes cliniques qui permettent de reconnaître l'affection qui nous occupe et de ne pas montrer quelles sont les différentes affections de l'œsophage qui peuvent prêter à confusion et qu'il faut éliminer.

Mais ce moyen infaillible de diagnostic que constitue l'œsophagoscopie, tout le monde ne le pratique pas et il est utile d'en bien connaître l'utilité pour pouvoir l'imposer aux malades.

D'ailleurs, on pense plus facilement aux autres maladies de l'œsophage qu'à l'ulcère simple. Plus particulièrement c'est le diagnostic de cancer qui

avait été posé dans plusieurs des observations que nous avons rapportées.

Aussi nous allons chercher à présenter aussi clairement que possible les questions qui doivent être résolues, lorsqu'on cherche à poser cliniquement le diagnostic d'ulcère simple de l'œsophage.

Nous rappellerons ensuite les différents procédés qui ont été proposés pour aider à ce diagnostic, nous n'insisterons pas sur leur technique, mais sur leur valeur relative.

Pour la discussion du diagnostic nous garderons la division de Debove en période d'ulcération et en période de sténose. Cette division permet plus de clarté et reste conforme à l'allure de la maladie ; nous éviterons cependant d'avoir à faire trop de redites à cause de cette division.

*A la période d'ulcération*, il s'agit d'un malade présentant des douleurs, de la dysphagie et parfois des hématémèses.

Il importe d'abord de rattacher les symptômes accusés à une affection de l'œsophage ; le siège des douleurs perçues par le malade est à ce point de vue absolument trompeur. L'existence d'une douleur transfixiante dite en broche éveille évidemment l'idée d'ulcus ; mais outre qu'elle se voit dans certains cancers son siège n'indique pas la localisation de la lésion. Un ulcère gastrique situé au voisinage du cardia peut amener les mêmes irradiations qu'un ulcus de l'œsophage.

Il faudra surtout se baser sur les caractères de la

dysphagie et des pseudo-vomissements, caractères sur lesquels nous avons insisté et dont le principal est l'absence de modification dans les aliments rejetés.

Il s'agit donc d'une maladie de l'œsophage à allure aiguë ; l'interrogatoire et l'étude des commémoratifs permettent d'éliminer les brûlures soit par liquides chauds, soit par liquides caustiques, et les corps étrangers qui se traduisent par les accidents brusques succédant immédiatement à leur déglutition, accidents graves généralement avec troubles respiratoires et parfois même des crises convulsives.

A ces brûlures ou à la déglutition des corps étrangers succèdent des œsophagites faciles à soupçonner comme celles que l'on observe au cours de différentes maladies infectieuses comme la scarlatine, la variole, la diphtérie, le muguet.

Lorsque l'ulcus débute par des accès de spasme œsophagien on songera plus volontiers au spasme essentiel des névropathes ou au spasme grave du cardia décrit par Strumpell. Il faut toujours soupçonner une lésion organique et pour acquérir une certitude recourir à l'endoscopie.

Pour ces différents diagnostics les symptômes cliniques donnaient presque des renseignements suffisants, mais lorsqu'il s'agit de reconnaître syphilis, tuberculose, cancer ou ulcère simple de l'œsophage, ces symptômes ne donnent que des probabilités.

L'hésitation entre ces différentes maladies existe aussi bien à la période d'ulcération qu'à celle de sté-

nose ; afin d'éviter les redites nous ne parlerons de ces diagnostics qu'une seule fois en recherchant les causes possibles de sténose.

*A la période de sténose* le malade présente d'une façon contenue et généralement progressive les symptômes de la période précédente.

Il faut tout d'abord ne pas prendre pour un rétrécissement de l'œsophage certaines compressions de ce conduit.

La saillie du cricoïde ossifié chez le vieillard (Wernher), les tumeurs du larynx ou du corps thyroïde donnent une dysphagie traduisant une diminution de calibre de la partie haute de l'œsophage et ont surtout des symptômes particuliers faciles à percevoir.

La dysphagie liée à une compression médiastinale peut être plus difficile à reconnaître, on reconnatra les tumeurs du thymus aux troubles respiratoires qui les accompagnent ; de même l'adénopathie trachéobronchique donne des signes d'auscultation qui pour délicats qu'ils soient à rechercher n'en sont pas moins caractéristiques.

Une maladie mérite une attention spéciale, c'est l'anévrisme de la crosse de l'aorte qui, lorsqu'il comprime l'œsophage, peut d'autant plus prêter à erreur qu'il s'accompagne de douleurs. On ne saurait trop y penser à cause des accidents mortels qu'un cathétérisme explorateur pourrait provoquer. Dans les cas où les signes d'auscultation ne sont pas absolu-

ment indiscutables il faut recourir à l'examen radioscopique.

Lorsque la sténose œsophagienne est reconnue il faut s'assurer de sa nature et pour cela les renseignements étiologiques sont de la première importance.

L'existence antérieure d'une brûlure de l'ingestion d'un caustique ou d'un traumastisme suffira bien souvent à trancher le diagnostic.

Et cependant ainsi que le montre l'observation clinique résumée qui suit, un cancer peut fort bien se greffer sur une sténose cicatricielle.

## OBSERVATION

(Recueillie par nous dans le service de M. Parmentier à Tenon.)

W.... trente-huit ans. a obsorbé du bouillon brûlant il y quatre ans. Pendant un mois à ce moment-là il présente des douleurs violentes et de la dysphagie. Depuis les solides sont difficilement déglutis.

Trois mois avant son entrée à l'hôpital des douleurs en broche ont apparu ; les caractères de ses pseudo-vomissements semblent montrer qu'il existe deux rétrécissements cicatriciels,un à la partie supérieure de l'œsophage, l'autre à à la partie inférieure. A l'examen œsophagoscopique on constate un rétrécissement de l'orifice supérieur de l'œsophage, rétrécissement cicatriciel qui gêne pour continuer l'examen des parties basses de l'œsophage. Puis au voisinage

du cardia un petit épithélioma en choux-fleur obturant l'œsophage.

Dans ce cas où l'on avait des commémoratifs certains une erreur de diagnostic était facile à faire en ne se basant que sur la clinique ; l'examen endoscopique permit de ne pas recourir aveuglément à la dilatation qui eut été nocive.

C'est cette difficulté que l'on retrouve en présence d'une sténose œsophagienne apparue sans cause apparente.

Le cancer de l'œsophage étant fréquent c'est à lui que l'on pense généralement. Ce cancer survient en général après quarante ans ; la rapidité de la marche de la maladie, l'intensité des douleurs, l'adénopathie sus-claviculaire et les troubles de compression sont considérés comme des signes en faveur du cancer.

Sans reprendre chacun de ces signes en particulier pour montrer combien chacun d'eux est sujet à caution nous rappellerons que M. Marcel Labbé a montré que le ganglion dit de Troisier-Belin était le plus souvent un ganglion tuberculeux.

D'autre part nous rappellerons que deux des malades de Guisez et les deux nôtres avaient été considérés comme atteints de cancer.

Et s'il faut attendre l'apparition d'une phlegmatia alba dolens pour affirmer le diagnostic bien du temps peut être perdu. De même si l'on veut se baser sur la longue durée de la maladie en cas d'ulcus ; ce

signe sur lequel insiste Debove il vaut mieux ne pas l'attendre,

Le rétrécissement tuberculeux existe au cours de la tuberculose pulmonaire ; c'est une rareté tout au moins dans la forme primitive qui constitue une véritable infiltration de la paroi.

La syphilis œsophagienne est également rare : on n'y songera que lorsqu'il existe dans les antécédents une syphilis avérée.

Pour le diagnostic de ces affections un examen plus complet de l'œsophage s'impose donc. Quels sont les moyens que l'on peut employer ?

Ce sont le cathétérisme explorateur, la radioscopie et l'œsophagoscopie.

Le *cathéter* explorateur à boules olivaires montées sur tige de baleine que l'on emploie généralement doit être introduit lentement et sans violence ; on prend d'abord une olive volumineuse, puis des olives de dimensions progressivement décroissantes.

Dans l'ulcère de l'œsophage cette exploration permet de mesurer le degré de sténose ; l'exploration est généralement douloureuse mais le fait que la boule exploratrice ramène un peu de sang ne peut être considéré, comme il est classique de le dire, comme un argument en faveur du cancer. Les examens œsophagoscopiques d'ulcus même cicatrisé ont montré que ce dernier saigne assez facilement.

La *radioscopie* propose, d'après M. Béclère, trois

épreuves appropriées aux différents degrés de sténose.

1° L'épreuve du bismuth en suspension dans l'eau (2 gr. o/o). Elle convient seulement aux rétrécissements serrés ; la poudre de bismuth tapisse les parois de l'œsophage ;

2° L'épreuve du cachet de bismuth sera employée toutes les fois que le rétrécissement ne sera pas trop faible. On voit alors l'ombre du cachet s'arrêter à une hauteur donner, demeurer immobile ou présenter des mouvements rythmiques d'ascension rétrogade.

3° La déglutition successive d'une bouchée de pain puis d'un lait ou d'un cachet de bismuth renseignera sur le siège du rétrecissement, si l'épreuve précédente n'a rien donné et sur l'existence d'une dilatation au-dessus du point sténosé.

On le voit, ces différentes épreuves donnent d'utiles renseignements sur le degré et le siège du rétrecissement, mais elles n'indiquent en rien sa nature.

C'est *grâce à l'œsophagoscopie* que l'on peut étudier, comme l'a montré Von Hœker, l'état de la muqueuse, le siège et la nature de la lésion.

En ce qui concerne l'ulcère simple de l'œsophage, les rares examens œsophagoscopiques pratiqués jusqu'à ce jour et en particulier ceux de Guisez à qui nous empruntons la plupart de ces conclusions, ont montré que le siège de la lésion est généralement au voisinage du cardia ; la lésion peut être limitée uniquement à la paroi du conduit, c'est le cas typique,

la cicatrice occupe 3 centimètres environ de la bouche du conduit. Mais on peut trouver un ulcère envahissant à la fois l'estomac et le pourtour de l'orifice du cardia dans ce cas la cicatrice est beaucoup plus limitée et n'a guère que 1 centimètre.

La cicatrice de l'ulcus est généralement unique, sans aucune trace d'altération dans toute la hauteur de l'œsophage, contrairement à ce qui arrive dans la plupart des rétrécissements cicatriels où elles sont toujours multiples.

L'aspect œsophagoscopique est dans les cas observés sensiblement le même ; on trouve une cicatrice blanchâtre occupant une portion assez large des parois œsophagiennes ; la paroi à ce niveau est blanche, grisâtre, elle a perdu sa souplesse ; le pertuis œsophagien est plus ou moins étroit, réduit à un véritable point dans un cas. Dans lesautres, l'orifice, était rejeté vers une des parois œsophagiennes.

Ces cicatrices semblent être assez superficielles ; au moment de la dilatation elles se laissent facilement distendre. En outre, à chaque dilatation elles saignent assez facilement.

L'examen œsophagoscopique a permis en outre, de voir que la rétro-dilatation de l'œsophage est en général peu accentuée et atteint au maximum 500 centimètres cubes.

La tuberculose de l'œsophage se distingue ainsi facilement à l'examen direct de l'ulcus par son aspect blanc avec infiltration ; par la grande étendue qu'elle occupe et l'absence d'aspect cicatriciel.

De même la syphilis donne des sténoses multiples siégeant de préférence à l'entrée ou à l'extrémité supérieure de l'œsophage.

Ainsi l'examen œsophagoscopique permet de voir l'ulcus de l'œsophage et les lésions de sténose qui lui succèdent.

Cet examen, à notre avis, doit être pratiqué systématiquement afin de faire profiter les malades d'une thérapeutique rationnelle lorsqu'ils sont porteurs d'un ulcus.

Lorsqu'un sujet ayant dépassé la quarantaine vient consulter pour une dysphagie douloureuse et progressive et qu'il ne rapporte aucuns commémoratifs spéciaux, il est bien évident que dans la grande majorité des cas le cancer sera soupçonné à juste titre.

Mais malgré la rareté de l'ulcus il nous semble irrationnel au dernier point d'éliminer d'emblée ce diagnostic et de ne point chercher dans l'examen œsophagoscopique la certitude.

En effet de la certitude du diagnostic dépend le traitement.

## TRAITEMENT

*A la période de l'ulcération* Galliard indique le régime lacté et les alcalins à haute dose.

Le régime lacté suppose la perméabilité de l'œsophage aux liquides ; lorsqu'elle existe le lait constituera évidemment l'aliment de choix.

Quant aux alcalins, si leur action dans le traitement de l'ulcère gastrique a trouvé des détracteurs il semble qu'ils ne remplissent au niveau de l'œsophage qu'une action très douteuse.

Le bismuth qu'aucun auteur ne propose pour l'œsophage pourrait à notre avis rendre pour les ulcérations œsophagiennes les mêmes services que pour celles de l'estomac.

L'administration de cocaïne nous paraît préférable à celle de morphine car elle combat la douleur et lutte en même temps contre le spasme.

Mais le traitement de la période d'ulcération sera souvent rendu difficile par le fait qu'on se trouvera en présence d'un malade trop abattu pour pratiquer immédiatement tous les examens nécessaires et chez lequel par conséquent le diagnostic sera encore hésitant.

Il faut alors à notre avis instituer une hygiène

buccale sévère qui soulage heureusement tous les malades ayant une affection du tube digestif. Il faut surtout combattre la déshydratation du l'organisme par les lavements de sérum et les injections hypodermiques de sérum.

Même à cette période lorsqu'on aura pratiqué l'examen œsophagoscopique l'introduction prudente d'une sonde devra être chaque jour pratiquée et on s'en servira pour gaver le malade.

*A la période de sténose* pour les classiques il existe deux méthodes : la gastrotomie qui ouvrant une nouvelle bouche à l'alimentation permet au malade de ne pas mourir de faim et la dilatation à l'aveugle avec les bougies de Bouchard ou mieux avec l'appareil construit spécialement par Debove, appareil où les olives descendent sur une tige qui fraye pour ainsi dire la route.

En cas d'ulcus la gastrotomie est une opération inutile, à notre avis ; on sait d'ailleurs combien les malades en état d'inanition supportent mal le chloroforme. Si l'on était réduit pour parer à des accidents graves à pratiquer une gastrotomie il faudrait nécessairement pratiquer cette opération à l'aide de cocaïne, stovaïne ou novocaïne, employées localement.

Mais la règle devrait être de recourir à la technique qui a été suivie par Guisez.

C'est d'abord la dilatation endoscopique que l'on peut commencer séance tenante au moment de l'exa-

men et qui peut permettre d'alimenter immédiatement des malades mourant de faim.

Ensuite on fait une dilatation progressive avec des bougies de plus en plus grosses.

Pour faciliter cette dilatation les injections de fibrolysine sont utiles.

Elles n'ont pas d'ailleurs dans ces cas d'ulcus les inconvénients qu'elles auraient dans d'autres rétrécissements, inconvénients qui consistent à ramollir aussi bien les cicatrices obturantes. La cicatrice de l'ulcus a une forme tout à fait spéciale et est, comme nous l'avons déjà signalé, très superficielle.

A ces moyens Guisez ajoute encore l'électrolyse circulaire faite soit sous l'œsophagoscopie à l'aide de boules électrolytiques montées sur tige droite, soit à l'aveugle à l'aide de bougies de Bergonié.

Signalons en terminant la dilatation rétrograde préconisée par Sargnon, de Lyon; mais elle nous paraît réservée au cas où la gastrotomie aurait été pratiquée antérieurement. L'examen endoscopique pratiqué par la bouche gastrique permettrait de commencer la dilatation par en bas. Cette méthode qui a permis à Largnon de dilater des sténoses cicatricielles infranchissables autrement ne paraît pas devoir être utilisée en cas de cicatrice d'ulcus si cette cicatrice se montre toujours avec les caractères que nous lui avons décrits de souplesse et d'extensibilité.

## CONCLUSIONS

I. — L'ulcère de l'œsophage dont l'existence comme entité morbide a été établie par la mémoire de Quincke et par les communications de Debove et la thèse inspirée par lui à Berrez reste *une rareté*. Le nombre des cas observés au cours d'examens œsophagoscopiques par les personnalités médicales les plus autorisées reste minime.

II. — La plus grande fréquence de l'affection chez l'homme admise par les premiers observateurs n'est pas une règle absolue (Guisez sur 4 cas ayant 4 cas féminins).

III. — La pathogénie de l'ulcus œsophagien pas plus que celle de l'ulcus gastrique n'est élucidée. Cependant il nous semble que dans plusieurs cas on puisse dire : l'alcool, les sucs gastriques, certains médicaments ont une action qui reproduit avec une allure plus lente et vraiment chronique ce que produisent brutalement les caustiques.

IV. — Au cours de la période d'ulcération l'ulcus de l'œsophage se traduit par des douleurs, de la dysphagie, des vomissements et des hématémèses.

Un mode de dysphagie mérite d'attirer l'attention ; la maladie prend l'allure spasmodique, ce qui per-

met de se demander si parfois des rétrécissements considérés comme purement spasmodiques ne sont pas la manifestation symptomatique d'un ulcus.

V. — La sténose œsophagienne consécutive à un ulcus cicatrisé réalise le tableau clinique de tout rétrécissement œsophagien.

VI. — L'étude des signes cliniques ne permet en aucun cas d'affirmer ou de repousser le diagnostic d'ulcère de l'œsophage.

Le cathétérisme explorateur et la radioscopie donnent des renseignements intéressants sur le siège et le degré de la sténose mais insuffisants pour établir la nature de cette sténose.

L'œsophagoscopie permet ce diagnostic en faisant voir : soit l'ulcération elle-même, soit une cicatrice blanc grisâtre, unique, sans altération de la muqueuse dans toute la hauteur de l'œsophage, cicatrice semblant assez superficielle, se laissant facilement distendre et saignant facilement.

VII. — Le traitement : *A la période d'ulcération* nous paraît devoir être constitué par :

Hygiène buccale ;

Pansements bismuthés et absorption de cocaïne contre la douleur et le spasme ;

Lavements et injections de sérum ;

Quand l'œsophage est encore perméable le régime lacté est indiqué.

Dans le cas contraire on doit rapidement recourir à un cathétérisme prudent et au gavage.

*A la période de sténose* :

A la gastronomie et à la dilatation aveugle traitements classiques nous préférons la *dilatation endoscopique*

En cas de nécessité absolue la gastrotomie ne doit être pratiquée que sous l'anesthésie locale.

---

Vu : le Président de la thèse
RECLUS

Vu : le Doyen,
LANDOUZY

Vu et permis d'imprimer :
Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,
L. LIARD

---

Imp. de la Faculté de médecine Henri Jouve, 15, rue Racine, Paris.

218

# THÈSE

POUR

# LE DOCTORAT EN MÉDECINE